

Chavornae
1904.

L'OEUVRE OPHTALMOLOGIQUE DE BOUISSON

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Juillet 1904

PAR

M. Paul CHAVERNAC

Né à Aix-en-Provence, le 1^{er} janvier 1877

Aide de Clinique Ophtalmologique

Inspecteur Oculiste Adjoint des Écoles communales

Pour obtenir le titre de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL

Editeurs du Montpellier Médical

1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (☼)..... DOYEN
TRUC..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (☼)
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie....	GRYNFELT
— Charg. du Cours, M. VALLOIS.	
Thérapeutique et Matière médicale.....	HAMELIN (☼)
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses....	MAIRET (☼).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et Appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS H.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraire : MM. JAUMES, PAULET (O. ☼), BERTIN-SANS E. (☼).

Secrétaire honoraire : M. GOT

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements.....	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards....	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	JEANBRAU Léon, agrégé.
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. LECERCLE.	MM. PUECH.	MM. VIRES.
BROUSSE.	VALLOIS.	L. IMBERT.
RAUZIER.	MOURET.	VEDEL.
MOITTESSIER.	GALA VIELLE.	JEANBRAU.
DE ROUVILLE.	RAYMOND.	POUJOL.

M. IZARD, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TRUC, Professeur, <i>Président.</i>	MM. L. IMBERT, Agrégé.
TÉDENAT, Professeur.	DE ROUVILLE, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. TRUC

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

*Je dédie respectueusement cette thèse
comme un faible hommage de ma bien
vive reconnaissance.*

L'ŒUVRE OPHTALMOLOGIQUE DE BOUISSON

INTRODUCTION

La Faculté de médecine de Montpellier possède seulement depuis 1887 un cours spécial de Clinique ophtalmologique, et, depuis 1891, une chaire de même nom. Cependant, avant cette époque, bien des maîtres, MÉJEAN, DELPECH, LALLEMAND, SERRE, BOUISSON, ALQUIÉ, COURTY, avaient, dans cette Ecole, consacré une partie de leur activité à l'étude des maladies oculaires. Ils ont laissé, à cet égard, des œuvres intéressantes dont M. le professeur TRUC et le docteur PANSIER (d'Avignon) essayent actuellement de dégager les principales idées, personnelles ou originales, dans leurs études d'*Histoire de l'Ophtalmologie à Montpellier*.

Parmi ces chirurgiens soucieux des choses de l'oculistique, il en est un, le professeur BOUISSON, qui nous intéresse particulièrement. L'édition récente de ses œuvres complètes, publiée par le docteur F. CHAVERNAC (d'Aix), attire de nouveau l'attention sur lui. Aussi, sous l'inspiration de M. le professeur TRUC, avons-nous choisi les œuvres ophtalmologiques de BOUISSON comme sujet de thèse.

Cette étude nous est particulièrement précieuse ; elle nous a été indiquée par un Maître à qui nous ne saurions témoigner trop de gratitude ; elle a trait à un professeur qui compta notre propre père parmi ses élèves les plus dévoués et les plus affectionnés ; elle nous permet enfin de rendre hommage à la Faculté de Montpellier, en l'étudiant dans l'œuvre d'un de ses Maîtres les plus éminents.

Les éléments de ce travail ont été puisés dans l'édition récente des œuvres complètes de BOUISSON¹ et dans les thèses d'ophtalmologie de cette époque.

Ces documents, assez nombreux et disparates, ont été groupés, pour la facilité de leur étude, dans l'ordre classique des matières. Nous en donnons toutefois, dès le début, l'ordre chronologique, avec, pour chaque mémoire, l'indication des sources.

Nous avons essayé d'apprécier les travaux et les idées de BOUISSON, en les comparant avec les recherches antérieures et celles qui ont suivi. Nous nous sommes efforcé de dégager les parties originales ou personnelles de ses œuvres, de voir le progrès qu'à leur époque elles ont fait faire à l'ophtalmologie ; enfin, de mettre en évidence le côté didactique et pratique de son enseignement.

¹ *Oeuvres complètes de F. Bouisson*, publiées par le Dr F. CHAVERNAC. 14 vol. Masson, édit. Paris, 1904.

LISTE CHRONOLOGIQUE DES ÉCRITS OPHTALMOLOGIQUES

DE F. BOUISSON

1833. **Anatomie d'un chat bicéphale.** *Société chirurgicale d'émulation de Montpellier*, 20 juin 1833. — *Œuvres complètes* de F. Bouisson. T. IX, p. 11-16.
1846. **Résumé des principaux faits observés à la Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier** (mai 1845, février 1846). *Journal de la Société de médecine pratique*. — *Œuvres complètes*. T. III, p. 358-361.
- **Mémoire sur les tumeurs syphilitiques des muscles et des annexes.** *Gazette médicale de Paris*. — *Œuvres complètes*. T. III.
1847. **Origine du synchisis étincelant.** In *Académie des Sciences de Montpellier*, 19 juillet. *Gazette de médecine de Paris*. — *Œuvres complètes*. T. I, p. 149-150.
- **Remarques sur l'insuffisance des humeurs de l'œil.** In *Annales d'oculistique*. *Archives générales de médecine*. *Journal de la Société de médecine pratique*. — *Œuvres complètes*. T. I, p. 53-100.
- **Ophtalmie subaiguë avec formation de fausses membranes à la surface de la conjonctive.** In *Annales d'oculistique*. — *Œuvres complètes*. T. I, p. 102-106.
- **Des larmes.** In *Journal de la Société de médecine pratique*. — *Œuvres complètes*. T. VIII, p. 411-440.

1850. Nouvelles recherches sur la régénération du cristallin¹. Lu à l'Académie des Sciences de Montpellier.
- Un nouvel iridectome¹. Lu à l'Académie des Sciences de Montpellier.
- Traité théorique et pratique de la méthode anesthésique appliquée à la chirurgie et aux différentes branches de l'art de guérir. In-8°. Paris. J.-B. Baillière, 1850. — *Œuvres complètes*. T. VI, p. 467-471 et p. 550-551.
- Observations d'autoplastie faciale pour servir à l'histoire d'un perfectionnement récent de la réunion immédiate. In *Union médicale*. — *Œuvres complètes*. T. I, p. 202-206.
1852. Mémoire sur l'exploration sous-cutanée des tumeurs ; proposition d'un nouvel instrument pour le diagnostic des tumeurs solides. In *Académie des Sciences de Montpellier*. — *Œuvres complètes*. T. III, p. 341.
1859. Remarques sur l'ophtalmie pseudo-membraneuse. — *Œuvres complètes*. T. I p. 101-120.
1860. Histoire d'un aliéné aveugle qui, après l'opération de la cataracte, a recouvré la vue et la raison. In *Académie de médecine*, 2 octobre. *Montpellier médical*. — *Œuvres complètes*. T. I. p. 151-166.
1863. De l'ophtalmie produite par le soufrage des vignes. In *Académie des Sciences*, 10 août. *Gazette médicale de Paris*. *Montpellier médical*. — *Œuvres complètes*. T. I, p. 121-148.
- Examen d'un cas particulier de diabète avec cataracte double. Considérations sur la nature et le traitement de la cataracte diabétique. *Montpellier médical*. — *Œuvres complètes*. T. I, p. 167-193.
1865. Exposition et appréciation de deux cas d'hydrocéphalie. *Montpellier médical*. — *Œuvres complètes*. T. I, p. 34.

¹ L'existence de ces deux mémoires est signalée dans la biographie de Bouisson, du Dr F. Chavernac. Pas plus que son biographe, d'ailleurs, nous n'avons pu les retrouver.

I. — ANATOMIE

Examen anatomique des yeux d'un chat bicéphale

In : *Anatomie d'un chat bicéphale*. Société chirurgicale d'émulation de Montpellier, 20 juin 1833. *Œuvres complètes de Bouisson* : T. IX, p. 11-16.

Ce chat présentait une cavité oculaire moyenne, assez grande, recouverte d'une paupière unique, percée d'une ouverture centrale et deux orbites latérales obturées par une paupière imperforée. L'orbite médiane, semblable à une pyramide creuse, offrait à son sommet deux trous pour le passage des nerfs optiques ; sa paroi inférieure n'offrait point de canal pour le passage du nerf sous-orbitaire qui existait sur les orbites latérales. A sa périphérie se trouvait un plan musculaire à fibres circulaires assez apparentes, rappelant le muscle palpébral.

Les nerfs optiques étaient au nombre de quatre, un pour chaque orbite latérale, deux pour la médiane. Ces derniers se portaient à un seul globe oculaire, divisé par une rainure circulaire en deux moitiés égales, constituant chacune un appareil de vision complet ; il existait, en effet, deux cristallins, deux vitrés, deux rétines ; cependant, une seule cornée et une seule ouverture pupillaire.

Les nerfs de la V^{me} paire étaient très développés. On trouvait l'ophtalmique de WILLIS dans les trois orbites. Le nerf sous-orbitaire existait seulement dans les latérales.

II. — ORBITE

Ayant à traiter une tumeur de l'orbite¹ et voulant en déterminer la nature, le professeur BOUÏSSON excisa la conjonctive et préleva une parcelle du néoplasme, employant pour cela bistouri, pince, érigne et ciseaux.

L'examen microscopique fit voir un orbitocèle mélanique enkysté. La guérison obtenue par ablation de la tumeur fut définitive. L'auteur l'attribue à ce fait que la tumeur était enkystée et fait ressortir les avantages de l'excision sous-muqueuse pour établir une diagnose précise.

Un peu plus tard, dans le même but diagnostique et pour faciliter cette petite opération appliquée aux tumeurs en général, il inventa un instrument appelé trois-quarts kélectome². Il eut l'occasion d'en faire avec profit l'application dans quelques cas de tumeurs orbitaires, dont il pratiqua l'ablation après énucléation préalable³.

¹ BOUÏSSON ; Mémoire sur l'exploration sous-cutanée des tumeurs. Académie des Sciences de Montpellier, 1852 *Œuvres complètes*, t. III, p. 341.

² BOUÏSSON ; *Ibid.*

³ Diagnostic différentiel des orbitocèles, Th. de Montpellier, 1853, n° 34.

III. — PAUPIÈRES

Observations d'autoplastie faciale

In : *Union médicale*, 1850. *Œuvres complètes* T. I p. 202-206

1^{re} Restauration de la paupière inférieure et de la paroi externe du sac lacrymal, détruites par une ulcération cancéreuse. Emploi de la suture et des serres-fines

Chez un gendarme de 49 ans, à la suite d'une ulcération cancéreuse datant de six ans, la paupière inférieure fut complètement détruite. La caroncule lacrymale et quelques points de la conjonctive bulbaire n'avaient pas été épargnés : L'auteur disséqua un lambeau sur la joue, suffisamment long pour être mobile, et, les parties malades excisées, le fit glisser en haut sur la plaie palpébrale. Pour éviter les tiraillements de la conjonctive, deux bandelettes de taffetas gommé furent placées dans le but de le soutenir. Quelques sutures et des serres-fines assurèrent l'affrontement des lignes d'incision. Le résultat fut bon ; seule, la partie inférieure du globe était imparfaitement recouverte.

2^e Tumeur cancéreuse de la joue droite avec entropion

L'entropion disparut après une incision triangulaire circonscrivant la tumeur. La base du triangle placée en haut était parallèle au diamètre transversal de la paupière. Bouts-on laissa suppurer un certain temps une partie de la plaie afin que le tissu de cicatrice, succédant à la perte de substance, remédiât à l'entropion.

IV. — APPAREIL LACRYMAL

Des Larmes

in *Journal de la Société de médecine pratique*, 1847. — *Œuvres complètes*, t. VIII, p. 411-440.

Cet important mémoire, dont BOUISSON avait peut être jeté les bases lorsqu'il était professeur de physiologie à la Faculté de Strasbourg, en même temps qu'il concevait le plan de ses recherches futures sur la bile, le chyle et la lymphe, parut en 1847 et fut à cette époque l'étude la plus approfondie et la plus complète des larmes. En voici l'analyse :

Après avoir rappelé la découverte anatomique de STÉNON, l'auteur étudie les caractères physiques et chimiques des larmes d'après les travaux de BRUKMANN, de RIBES et les analyses chimiques de FOURCROY et VAUQUELIN.

Dans un second chapitre, l'origine et le trajet des larmes, les canaux excréteurs de la glande lacrymale découverts par STÉNON sur l'œil du mouton, sont l'objet de sa description.

L'exiguité de leurs orifices est telle que MORGAGNI, ZINN et HALLER ne les ont jamais vus. BOUISSON, pour les mettre en évidence, conseille d'introduire dans l'intervalle oculo-palpébral un liquide coloré en noir, qui pénètre par voie d'absorption dans leur cavité.

Plus loin l'auteur réfute l'opinion de MAGENDIE affirmant la complète solubilité dans les larmes de la sécrétion meibomienne. Pour lui, elles ne dissolvent pas la matière grasse issue de ces glandes, qui, déposée à la base des cils, s'y concrète en formant la chassie.

Un troisième chapitre traite de l'usage des larmes et des circonstances qui influent sur leur formation : rôle de protection du globe oculaire, rôle dans les moyens d'expression physiologique. Ce second point fournit à l'auteur matière à de littéraires digressions.

Le chapitre suivant, plein d'intérêt, s'occupe de l'humeur lacrymale chez les animaux. Enfin, le cinquième et dernier est réservé aux larmes considérées à l'état pathologique :

1° Modifications apportées à leur sécrétion par les différentes maladies : l'auteur a constaté l'alcalinité des larmes par leur contact avec le papier de tournesol rougi, et trouvé une quantité plus considérable de chlorure de sodium dans l'ophtalmie aiguë;

2° Action des larmes sur les organes voisins : Lorsque l'extirpation n'est pas complète, l'ablation de la glande lacrymale n'exerce aucune influence sur le degré d'humidité de l'œil.

Dans les inflammations spécifiques (ophtalmie blennorragique par exemple), les larmes peuvent se charger d'un principe contagieux. Houx a prétendu pouvoir inoculer la rougeole avec les larmes sécrétées au début de cette maladie;

3° Des altérations particulières à l'humeur lacrymale.

Elles seraient peu nombreuses ; mélange de sang avec les larmes et excès de matières salines favorisant la production de calculs lacrymaux.

Depuis la publication de cette intéressante monographie,

les idées se sont modifiées et bien des théories qui y sont exprimées n'ont plus cours aujourd'hui. Elle n'en a pas moins été à son époque la revue générale la plus complète de la question des larmes.

Thérapeutique des maladies des voies lacrymales

TUMEUR LACRYMALE.— Elle était traitée par le cathétérisme et des pressions fréquentes sur le sac lacrymal, les injections par le point lacrymal supérieur ou le canal nasal avec une solution de nitrate d'argent à 4 %¹.

FISTULE LACRYMALE.— BOUISSON admettait 4 périodes dans l'installation de la fistule lacrymale :

1° Epiphora ; 2° abcès ; 3° formation de la fistule ; 4° carie de l'os unguis.

Le traitement variait selon les périodes :

Première période. — Cathétérisme, pressions répétées plusieurs fois par jour sur le grand angle de l'œil ;

Deuxième période. — Même traitement, fumigation de vapeur d'eau ;

Troisième période. — *Idem*, onguent ophtalmique de JANIN. Il était composé de :

Saindoux	demi-once.
Oxyde de zinc	} de chaque 2 drachmes
Bol d'arménie	
Précipité blanc.	1 drachme.

Quatrième période. — Injections iodées que BOUISSON substitua aux injections de nitrate d'argent. ALQUIÉ et lui

¹ OLIVIER ; Diagnostic et considérations thérapeutiques sur la tumeur et sur la fistule du sac lacrymal. Th. de Montpellier, 1859, n° 7.

obtinrent d'ailleurs d'excellents résultats par l'emploi de ce procédé.

De plus, dilatation permanente du canal lacrymal selon la méthode de DUPUYTREN. Comme celle de SCARPA, l'auteur l'abandonna vite¹, ayant observé des récidives après amélioration temporaire et dans un cas « une nécrose partielle du lobe des fosses nasales². A l'inverse des autres chirurgiens, il n'employait jamais les injections mercurielles.

¹ BOUISSON, Principaux faits observés à la Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Eloi. Journal de la Soc. de Méd. pratique, 1846.

² FACIEU : Quelques mots sur la fistule lacrymale. Th. de Montpellier. 1855, n^o 16.

V. — MUSCLES

Paralysie du moteur oculaire commun d'origine syphilitique

In *Mémoire sur les tumeurs syphilitiques des muscles et des annexes. Gazette médicale de Paris*, 1846. — *Œuvres complètes*. T. III.

L'auteur cite l'exemple d'une femme âgée de 35 ans, atteinte de strabisme divergent. Elle portait en même temps des traces de syphilis récente. Il supposa avec raison que la paralysie du moteur commun et la contracture du droit externe tenaient à une cause syphilitique, puisqu'un traitement mercuriel, prescrit en vue de parer aux autres symptômes, entraîna leur guérison.

Thérapeutique des affections musculaires

Voici le traitement prescrit par BOUISSON¹ dans deux cas de paralysie du moteur oculaire commun :

1^{er} CAS. — Frictions avec XX gouttes de teinture alcoolique de noix vomique sur la région fronto-temporale.

Vésicatoire sur la région frontale quelques jours après. Le vésicatoire est pansé avec de la strychnine en solution. Plus tard, prises de poudre de seigle ergoté trois fois par jour.

¹ DUMAS; Etude sur la paralysie complète du nerf moteur oculaire commun. Thèse de Montpellier, 1859, n° 44.

A la suite de l'emploi du seigle, il se produisit une amélioration journalière et continue.

2^e CAS. — Le 26 mars. — Deux pilules d'aloès, tisane d'arnica, bain de pied avec 4 grammes d'acide chlorhydrique. Lavement huileux et 10 sangsues à l'apophyse mastoïde.

27. Même traitement, moins les sangsues.

28. Frictions au baume de Fioraventi.

31. Vésication à la nuque.

5 avril. — Pilules d'Anderson et frictions à la teinture alcoolique de noix vomique.

11. 0,30 de magnésie.

17. Poudre de Dower.

21. Sachets aromatiques sur l'œil.

1^{er} mai. — Lotion avec $\left\{ \begin{array}{l} \text{Eau, 60 grammes.} \\ \text{Acide nitrique, 6 gr.} \end{array} \right.$

10. Electricité galvanique : un pôle sur l'apophyse orbitaire externe, l'autre vers la racine du nez.

L'amélioration ne fut constatée qu'après le traitement électrique. Elle se maintint et le malade guérit.

VI. — GLOBE

Exposition et appréciation de deux cas d'hydrocéphalie

In *Montpellier médical*, 1865 et *Œuvres complètes*, t. I, p. 34

Chez un enfant hydrocéphale de 16 mois, les yeux étaient exophtalmes ; les paupières supérieures, tendues et immobilisées, ne pouvaient les recouvrir. La déviation des globes qui essayaient de se cacher sous les paupières inférieures, mal disposées pour cela, donnait à l'enfant la physionomie particulière décrite par CAMPER. Le regard était sans expression bien que la vue fût conservée, car l'iris réagissait à la lumière.

VII. — CONJONCTIVE

Ophthalmie subaiguë avec formation de fausses membranes à la surface de la conjonctive

In *Annales d'oculistique*, 1847

Remarques sur l'ophthalmie pseudo-membraneuse

Œuvres complètes, t. I, p. 101-120

Ayant eu l'occasion d'observer un cas de conjonctivite à fausses membranes, BOUTISSON en fit mention dans un compte rendu de la Clinique chirurgicale de Montpellier. Cette indication succincte fut honorée d'un appel du rédacteur en chef des *Annales d'oculistique* : « Nous conjurons l'auteur de nous initier à la connaissance de cette maladie. Le zèle dont il s'est toujours montré animé pour le progrès de la science et le bien de l'humanité nous est un sûr garant qu'il se rendra à notre appel. » L'observation de ce cas fut alors rédigée en détails et publiée dans le journal de Florent Cunier.

L'importance historique de cette observation nous oblige à la résumer :

Le 28 novembre 1845, un douanier de 46 ans présenta les symptômes suivants :

Paupières rouges, tuméfiées, à bords renversés en dehors et tendues transversalement, laissant échapper une sécrétion abondante de matières muco-purulentes. La conjonctive

chémotique recouvre complètement la cornée. Le tissu cellulaire de l'orbite participe à l'inflammation. Le globe de l'œil, refoulé en avant, est le siège de douleurs avec irradiations orbitaires, dont l'acuité empêche tout sommeil.

Pas d'antécédents généraux. Ophtalmie trois mois auparavant.

Saignée de 300 grammes ; 20 sangsues à la tempe ; onguent mercuriel belladonné en frictions péri-orbitaires ; collyre à l'eau de pavot.

Le 30, opium, calomel, excision d'une portion assez étendue de la conjonctive.

Le 31, développement d'une membrane d'aspect grisâtre dans l'interstice palpébral. Le chirurgien, pensant que le phimosis oculaire déterminait la mortification d'une partie de la conjonctive herniée, débride l'angle externe.

Le 2 décembre, la couche grisâtre a augmenté de volume. Elle est attirée avec des pinces, sort sans difficulté, et, à l'examen présente tous les caractères d'une pseudo-membrane infiltrée de pus. Au-dessous, la conjonctive était très rouge et fort sensible. Même traitement ; de plus un vésicatoire au bras.

Le 3, nouvelle pseudo-membrane. Extraite seulement deux jours après, elle avait l'apparence de fibrine solidifiée avec du pus dans les aréoles de sa face profonde.

Mise dans l'eau, elle prit un aspect tomenteux et frangé. Pas d'examen microscopique.

Même traitement ; bain de pied acidulé avec l'acide hydrochlorique.

Le 5, l'œil droit paraît chassieux, rouge et enflammé. Collyre au nitrate d'argent.

Le 7, OD amélioré.

OG. Fausse membrane enlevée, on voit la cornée ulcérée et détruite en partie avec hernie de l'iris.

La sécrétion purulente persiste à OG pendant une quinzaine de jours. L'œil se vide, s'affaisse et s'atrophie. L'œil droit est sauf.

Bien plus tard, ce malade présentait à l'œil gauche une transformation cutanée de la conjonctive, recouverte d'une légère couche furfuracée, comparable à de petites squames épidermiques.

Bouisson publia cette observation sans commentaires. Elle n'en attira pas moins l'attention du monde scientifique. CHASSAIGNAC, peu après, signala une forme de conjonctive pseudo-membraneuse observée dans l'ophtalmie des nouveau-nés. PRITCHARD, dans le *British medical Journal* (nov. 1857), publia un travail sur l'ophtalmie diphtéritique. Vers la même époque, GREEFE (de Berlin) fit connaître des observations analogues. WARLOMONT et TESTELIN, MAGNE, reportèrent, plus tard, l'attention sur ce point.

Mais depuis 1845 d'autres faits isolés, semblables au premier, s'étaient présentés à l'observation de Bouisson. Pendant une épidémie de diphtérie, le professeur COURTY et lui en examinèrent simultanément un certain nombre. Aussi pensa-t-il devoir décrire cette affection d'une façon plus complète. Il publia, en 1859, les *Remarques sur l'ophtalmie pseudo-membraneuse*, étayant ses descriptions sur ses observations personnelles et les publications les plus récentes. Voici les caractères de cette ophtalmie :

La cause spécifique, si toutefois elle existe, n'est pas prédominante. Un rôle producteur, très grand, doit être attribué à la disposition propre ou diathèse, et aux causes ordinaires : froid, traumatisme, épidémicité.

Fréquente chez les enfants, surtout pendant l'évolution dentaire, elle est rare chez les adultes. Commune à Berlin

(GRIEFE), on ne l'a jamais observée en Belgique (WARLOMONT et TESTELIN). Elle est essentiellement contagieuse.

BOUISSON lui attribue une nature spécifique, contrairement à MACKENZIE, qui voit dans la fausse membrane une circonstance particulière de l'inflammation. Alors que, dans la région bucco-pharyngienne ou laryngée, on reconnaît des affections diphthériques distinctes des autres inflammations, pourquoi ne pas admettre leur existence dans la conjonctive, revêtement muqueux analogue à celui de l'arrière-bouche ou du larynx?

Les symptômes de cette ophtalmie sont, au début, ceux d'une conjonctivite intense avec douleurs aiguës irradiées, sécrétion muco-purulente épaisse et tuméfaction des paupières. Les fausses membranes étalées sur une conjonctive rouge, excoriée et douloureuse, apparaissent plus ou moins vite.

Cette maladie affecte une forme bénigne (formations plastiques peu cohérentes, avec kératite légère et guérison dans la majorité des cas) et une forme grave. Dans ce cas, les fausses membranes sont plus ou moins adhérentes, étalées ou tomenteuses, grisâtres ou comme infiltrées de pus. Au microscope, on les trouve formées de fibrine, organisée en réseau, emprisonnant dans ses mailles des globules de pus.

La cornée, terne, grisâtre, s'ulcère rapidement et donne issue à l'humeur aqueuse, au vitré et même au cristallin.

Les symptômes concomitants sont ceux de toutes les ophtalmies purulentes avec fièvre et céphalalgie.

Les conséquences sont l'ulcération de la cornée et l'atrophie du globe, ou, si la cornée a résisté, la production d'un staphylome. Chez un malade, l'auteur observa l'atrophie du globe et de l'appareil lacrymal, xérosis consécutif et transformation cutanée de la conjonctive. Chez d'autres, affectés de formes moins graves, il constata des granulations secon-

daïres, des adhérences oculo-palpébrales et des opacités cornéennes.

Le traitement est celui des inflammations violentes ; saugsues, saignées, mercuriaux, purgatifs divers, vésicatoires, collyres astringents ou émollients, nitrate d'argent, peuvent convenir, suivant la période de la maladie ou l'intensité des symptômes.

Bouisson préconise vivement l'emploi du tartre stibié à haute dose qui, entre ses mains, aurait donné d'excellents résultats

Enfin, l'enlèvement des fausses membranes, par des lavages, des douches oculaires ou par extraction à la pince, est indiqué dès leur production.

Prophylaxie régionale : occlusion de l'œil sain.

Prophylaxie générale : éviter l'emploi des liquides ou des linges ayant servi à des malades.

Ce mémoire est un de ceux qui honorent le plus Bouisson, et son nom reste pour toujours attaché à celui de l'ophtalmie pseudo-membraneuse. Aussi nous pardonnera-t-on d'y avoir si longuement insisté.

Lorsqu'il fut publié en 1859, il succédait à d'autres sur le même sujet. Mais il faut se rappeler que l'affection qui nous occupe fut signalée pour la première fois en 1846 par le chirurgien de Montpellier.

Les traités d'ophtalmologie de SICHEL et de DESMARRES, en France, de MACKENZIE et MIDDLEMORE, en Angleterre, n'en font pas mention ; BEER, AMMON, en Allemagne, gardent le même silence.

Toutefois BÉCLARD, dans son « Anatomie », dit ceci en 1827 : « L'inflammation couenneuse ou plastique est moins fréquente que la suppuration dans les membranes muqueuses. Cependant on l'observe dans les voies aériennes . . . et même

quelquefois aux yeux. » WARTHON JONES¹ signale en 1835, sans aucun commentaire, l'exsudation pseudo-membraneuse de la conjonctive. VELPEAU², en 1840, classe, sans insister, les blépharites en ciliaire, glanduleuse et diphtérique.

Comme il y a loin de ces simples mentions à la détaillée description clinique que nous avons résumée !

Vers cette époque, le monde ophtalmologique était divisé en deux partis très distincts. Les uns trouvaient, avec l'école de BEER, un état dyscrasique à la base de toute ophtalmie. Les autres, avec ROGNETTA, VELPEAU, BÉRARD et ROUX, classaient les affections de la conjonctive d'après une étiologie basée sur d'exactes données anatomiques.

La découverte des agents bactériens infectieux a ruiné, depuis, ces théories devenues surannées. On sait aujourd'hui que les fausses membranes sont une expression pathologique d'états très différents : moindre résistance des tissus envahis, associations microbiennes, virulence spéciale de l'infection, etc. Il n'en reste pas moins que, procédant de l'Ecole française par l'exactitude des détails anatomiques et par l'exposé clinique de son observation, BOUISSE, digne continuateur de VELPEAU, a marqué de son nom l'apparition de l'ophtalmie pseudo-membraneuse dans le cadre nosologique des affections oculaires.

¹ WARTHON JONES ; *Principes of ophtalmic medicin and Surgery*, 2^e édition, 1835, p. 61.

² VELPEAU ; *Leçons orales de clinique chirurgicale*, 1840

De l'ophtalmie produite par le soufrage des vignes

1863, in : *Académie des Sciences*, 10 août. — *Gazette médicale de Paris*.

Montpellier médical. — *Œuvres complètes*, t. I, p. 121-148

L'oidium, affection parasitaire de la vigne connue en Angleterre depuis 1845, fit ses premiers ravages dans le midi de la France en 1854. Cette maladie trouva ses médecins; elle fut traitée par le soufrage. Pendant les années qui suivirent, Bouisson observa à Montpellier un certain nombre de conjonctivites, rattachées par les malades eux-mêmes à leurs occupations agricoles. L'attention de ce chirurgien fut naturellement portée vers l'examen de cette cause particulière d'ophtalmie, atteignant dans de grandes proportions la population de la campagne, et, en 1863, il publia le premier travail sur ce sujet. En voici la substance :

Les facteurs étiologiques de cette affection sont des plus divers.

Dans le Bordelais, la Bourgogne, où le soufrage est peu répandu, l'ophtalmie n'est pas connue, et les ampélographes n'en font pas mention. Elle est, au contraire, très souvent observée dans le Languedoc. Les cantons de Gigean, Montbazin, Frontignan, Villeneuve, lui payent un fort tribut. Le soufre est très souvent employé dans ces régions et son action nocive est favorisée par la température élevée, la sécheresse de l'atmosphère et l'état de dessiccation du sol.

Etat des poussières sulfureuses. — Le soufre est sublimé ou trituré. Le premier, plus léger, donne une poussière plus adhésive; le second, par la grosseur de ses molécules formant des associations dendritiques, doit fournir une action mécanique plus irritante. D'autre part, le soufre sublimé

contient plus d'acide sulfurique que le trituré, et si ce dernier agit mécaniquement, le premier l'emporte par son action chimique. L'auteur a d'ailleurs observé un plus grand nombre d'ophtalmies après l'emploi du soufre sublimé.

Instruments de diffusion du soufre. — Le soufflet expose moins que les boîtes percillées, avec ou sans houppe, à la diffusion des poussières sulfureuses. Le soufrage des vignes en treilles ou hautains, pratiqué à hauteur des yeux ou au-dessus, a des conséquences morbides plus fréquentes.

Durée du travail. — *Conditions extérieures.* — Le soufrage prolongé est plus dangereux. A temps égal, il est plus nuisible vers le milieu du jour, comme pendant la saison des fortes chaleurs. La chaleur, la sécheresse et le vent sont des causes favorables à la production de l'ophtalmie.

Etat des individus employés au soufrage. — Les femmes et les enfants en sont surtout affectés. Certaines affections cutanées concomitantes de la face et du cuir chevelu peuvent être influencées en bien ou en mal par le soufrage.

Symptômes. — Le plus souvent, c'est une conjonctivite simple. Les yeux sont rouges, larmoyants, tuméfiés — Photophobie marquée particulièrement vers le milieu du jour.

Quelquefois cette affection prend l'allure d'une véritable ophtalmie et se manifeste sous plusieurs formes.

La plus commune est l'inflammation de la caroncule lacrymale avec rougeur et tuméfaction de la conjonctive avoisinante. Sensation de corps étranger ; mucus ou sécrétion muco-purulente. D'une durée moyenne de 8 à 10 jours, elle peut passer à l'état chronique.

Une autre forme, moins fréquente mais plus sérieuse, se généralise à toute la muqueuse oculo-palpébrale, donnant

lieu à tous les symptômes de l'ophtalmie catarrhale ; chaleur, rougeur, larmolement, céphalalgie, sécrétion purulente, photophobie. L'angle externe de l'œil est irrité et comme éraillé. L'apparition de cette forme plus grave est favorisée par la prédisposition, l'ectropion, les blépharites chroniques avec madarosis.

Un troisième mode consiste dans la coexistence d'ecchymoses sous-conjonctivales avec l'inflammation du grand angle de l'œil. Les extravasations sanguines sont surtout péri-cornéennes et s'étendent vers l'angle externe. Il n'est pas d'un pronostic plus grave que le précédent.

Dans ces trois formes, l'auteur n'a jamais vu survenir l'inflammation de l'iris ni des parties profondes.

Traitement. — Moyens prophylactiques. — Restreindre la quantité de soufre, se servir du soufflet, employer les soufres triturés, et protéger les yeux avec un voile de gaze.

Moyens curatifs. — Lavages à l'eau simple ou saturnisée dans les cas bénins. Dans les irritations plus intenses, la recherche et l'extraction du grésil de soufre soulagent la douleur.

Lorsque la conjonctivite est confirmée, collyres laudanisés, lavages avec un liquide additionné d'eau distillée de laurier-cerise ; compresses à l'extrait de belladone, contre la photophobie ; les vésicatoires, les purgatifs, sont rarement indiqués.

Bouisson fait, en terminant, de cette conjonctivite une affection professionnelle pouvant se rapprocher des conjonctivites des vidangeurs ou mitte, des employés de manufactures de tabac, des remouleurs, plâtriers, marbriers, mâtassiers, etc.

Il ne reste plus rien aujourd'hui de cette affection systé-

malisée par Bouisson. Les classiques n'en font plus mention. La microbiologie et la clinique sont venues mettre les choses au point et classer dans des groupes différents les faits disparates assemblés autrefois. — L'action mécanique du soufre sur la conjonctive est-elle négligeable? Non, assurément. — On connaît bien aujourd'hui l'action exercée par les matières inertes sur la conjonctive et le développement prodigieux des microbes qu'elles occasionnent par leur seule présence. — Mais, sans les agents animés, que peuvent les matières inertes, sinon procurer une simple irritation? — L'action chimique du soufre dont il se préoccupait est, elle-même, très négligeable, comparée au pouvoir des toxines microbiennes.

Les formes cliniques décrites par Bouisson se sont fondues dans des groupements nouveaux. L'inflammation de la région caronculaire ne diffère en rien de l'actuelle conjonctivite angulaire et l'injection généralisée de la conjonctive, avec sécrétion muco-purulente qu'il décrivit, ressemble étrangement aux conjonctivites catarrhales à bacilles de Weeks ou de Morax.

Nous-même, tout dernièrement, avons observé, dans le service du professeur Truc, un cas de conjonctivite subaiguë très nettement attribué par le malade au soufrage des vignes. L'examen microscopique nous a fait déceler dans la sécrétion muco-purulente des culs-de-sac la présence du diplobacille de Morax.

Cependant, il faut reconnaître à Bouisson le mérite d'avoir décrit, à cette époque, une affection qui, à bon droit, lui paraissait être nouvelle, et d'en avoir recherché, avec les causes, le traitement prophylactique et curatif.

Thérapeutique des affections de la conjonctive.

TRAITEMENT PAR LE CHLOROFORME DES OPHTALMIES EN GÉNÉRAL.— In *Traité de la méthode anesthésique. — Œuvres complètes. T. VI,* p. 550-551.

BOUISSON rappelle la pratique de MACKENZIE et CUNIER faisant des inhalations anesthésiques dans le traitement des inflammations oculaires accompagnées de photophobie, et celle de UYTERHØEVEN, qui employait le chloroforme en collyre contre la photophobie scrofuleuse à la dose de VIII gouttes dans 30 grammes d'eau. Il déclare en avoir obtenu des résultats extrêmement favorables par son emploi en frictions sur la région fronto-temporale, à la dose de XX à XXX gouttes, dans des cas d'ophtalmie chronique avec photophobie.

OPHTALMIE BLENNORRAGIQUE. — BOUISSON croyait en 1848, avec les autres auteurs, à la métastase de l'ophtalmie blennorragique et à l'infection directe. Si l'uréthrite tarissait au commencement de l'ophtalmie, il y avait métastase, sinon contagion directe¹. En 1852, ses idées s'étaient légèrement modifiées; il disait, dans une leçon clinique², que si la métastase existe quelquefois, elle est excessivement rare. Le plus grand nombre de cas relève de la contagion.

Toutefois, il la considérait comme particulièrement grave, et il employait contre elle les remèdes les plus divers : le

¹ GALY; Quelques considérations sur l'ophtalmie blennorragique. Thèse de Montpellier, 1848, n° 62.

² FORQUET; De l'ophtalmie purulente considérée au point de vue de l'étiologie et du traitement. Th. de Montpellier, 1852, n° 83.

calomel comme dérivatif et antiplastique, l'onguent mercuriel autour de l'orbite comme résolutif, la belladone contre la déformation pupillaire, les collyres laudanisés, nitratés ou copahivés, les dérivatifs intestinaux, les révulsifs aux extrémités inférieures, les exutoires à la nuque, etc.¹.

Un bourrelet chémotique et l'ectropion par spasme indiquaient des scarifications de la muqueuse herniée et le débriement des paupières par incision de l'angle externe de l'œil².

Dans un cas attribué à l'infection directe, les sangsues ne firent rien, pas plus que l'onguent mercuriel, les collyres au nitrate et le calomel. — La maladie s'aggravant, Bouisson prescrivit le tartre stibié. Le malade eut des vomissements, des selles et.... guérit. La guérison aurait été obtenue grâce au tartre stibié. « On sait combien l'action hyposthénisante de ce médicament est puissante sur le dynamisme, quelle sédation il produit sur l'activité vitale, combien, enfin, il a d'influence sur l'absorption et les sécrétions³ ».

Le tartre stibié avait été employé avant Bouisson dans des cas d'ophtalmie s'accompagnant d'embarras gastrique. On le donnait à la dose de 0,05 à 0,10 centigr. Bouisson l'a prescrit le premier pour ses effets antiluxionnaires et hyposthénisants⁴.

La formule était :

Tartre stibié.....	0,40 à 0,50
Eau distillée.....	90 cent. cubes.
Sirop diacode.....	15 gr.
Eau de fleurs d'oranger..	15 gr.

à prendre d'heure en heure par cuillerées.

¹ Galy; *loc. cit.*

² Puig; Aperçu sur les symptômes de l'opht. blennorragique. Th. de Montpellier, 1850, n° 32.

³ Galy; *loc. cit.*

⁴ Calas; Cons. sur le traitement des ophtalmies. Th. de Montpellier, 1854, n° 53.

OPHTALMIE SCROFULEUSE. -- Il employa l'action anesthésique locale du chloroforme pour combattre le blépharospasme scrofuleux. Il obtint des résultats favorables, mais qui paraissaient dus moins au chloroforme lui-même qu'à son action réfrigérante ¹.

¹ BOREL ; De l'ophtalmie scrofuleuse au point de vue du traitement par les douches oculaires. Th. de Montpellier, 1865, n° 11.

VIII. — CRISTALLIN

Examen d'un cas particulier de diabète avec cataracte double. — Considérations sur la nature et le traitement de la cataracte diabétique.

In *Montpellier médical*, 1863 — *Œuvres complètes*, t. I. p. 167-193

BOUISSON écrivit ce mémoire à l'occasion de trois cas de cataracte diabétique qu'il eut le loisir d'observer. Deux fois, il s'agissait de sujets adolescents, une fois d'un homme âgé. Un seul malade fut opéré, et l'auteur nous expose en détail son observation.

C'était un jeune homme de 20 ans, ayant contracté en Algérie des habitudes alcooliques. En 1859, à la suite d'un refroidissement, il fut pris de fièvre avec embarras gastrique. Pendant sa convalescence, son appétit s'exagéra démesurément. Un peu plus tard, à la boulimie s'ajoute la polidypsie, au point qu'il arrive à boire 20 litres d'eau par jour. A ces symptômes s'ajoutèrent bientôt des palpitations cardiaques, des éblouissements, des mouvements spasmodiques, de l'œdème des membres inférieurs. Plus tard, l'infiltration se propagea et aboutit à l'anasarque.

En 1860, l'amaigrissement fait des progrès rapides. Le malade contracte un catarrhe bronchique très violent.

En 1862, il s'aperçoit que sa vue diminue du côté droit, et bientôt après du côté gauche.

Lorsqu'il arriva à l'hôpital de Montpellier, le 4 juillet 1862, il présentait, avec tous les symptômes du diabète maigre, une double cataracte complète, entraînant une cécité presque absolue V—q. Sensibilité oculaire et phosphénique intacte. Pupilles contractiles. La cataracte, volumineuse, blanche, fut jugée de consistance molle.

Le 21 juillet, il est opéré aux deux yeux par la méthode d'abaissement; à l'œil gauche, abaissement en masse avec une aiguille assez large; à l'œil droit, discision préalable de la cristalloïde antérieure. Dans cet œil, la cataracte, pendant l'abaissement, se divisa en plusieurs fragments. — L'opérateur réussit à récliner le fragment le plus gros; les autres restèrent au niveau de la pupille; quelques-uns pénétrèrent dans la chambre antérieure.

Pansement occlusif et applications froides. Les suites furent excellentes pour l'œil gauche. L'œil droit fut le siège d'une légère inflammation qui exigea bientôt des frictions mercurielles belladonnées et une application de sangsues.

Au bout d'un certain temps, la cataracte de l'œil droit se résorba complètement.

A propos de ce cas intéressant, BOUÏSSON examine les deux points suivants :

1° Existe-t-il une cataracte diabétique?

2° Quel est son meilleur mode de traitement?

a) *Existe-t-il une cataracte diabétique?* — L'auteur rappelle que son existence, contestée par VALLEIX, FAUCONNEAU-DUFRESNE, BOUCHARDAT, GARROD, est admise par MACKENZIE, FRANCE, HASNER, GREFE, DESMARRES, SIECHEL, LÉCORCHÉ, etc., il pense, toutefois, que la solution de la question réside, non dans les statistiques, mais dans l'appréciation de certaines circonstances.

Il ne croit pas que toute cataracte, développée chez un

diabétique, reconnaisse pour cause la glycosurie ; mais, dans certains cas, cette cause est bien évidente. Qu'y a-t-il d'illogique à penser qu'un état général morbide puisse comprendre dans la sphère de ses influences une mutation dans l'état moléculaire du cristallin qui lui fasse perdre sa transparence ? Le diabète est une maladie peu commune, la cataracte est rare chez les jeunes sujets, et quand on songe à la coexistence fréquente de ces deux conditions pathologiques, on peut y voir une corrélation de cause à effet.

Parmi les effets ultimes de la glycosurie, tuberculose, gangrène, etc., il faut noter l'amblyopie et la cataracte.

Les perturbations oculaires, entraînant l'amblyopie d'origine diabétique, sont peu étudiées. Chez une malade de ce genre, l'auteur ne constata ni l'exsudation jaunâtre signalée sur la papille et la macula, ni l'exsudation verdâtre sur le punctum cæcum, ni de petites hémorragies ou des dépôts graisseux le long des vaisseaux. La papille était seulement plutôt saillante qu'excavée et l'œil paraissait hypotone. Cette hypotension s'expliquerait par l'abondance de l'excrétion urinaire propre à exciter la résorption des liquides oculaires.

La cataracte diabétique se distingue par un ensemble de caractères constants : mollesse, bilatéralité, formation rapide, apparition chez de jeunes sujets et dans la période avancée du diabète.

L'auteur pense qu'il faut surtout tenir compte des conditions physiologiques générales des sujets affectés de glycosurie pour expliquer la formation de leur cataracte. Le trouble profond de leur nutrition peut atteindre le cristallin. La cataracte se développant dans une période avancée du diabète, alors que la glycosurie a produit bien d'autres perturbations, on fera la part la plus large aux causes générales qui ruinent l'organisme et une part moindre à l'action

ocale des liquides chargés ou non de glucose qui avoisinent le cristallin.

b) *Quel est le meilleur mode de traitement de la cataracte diabétique?* — Certains chirurgiens, CHASSAIGNAC *in primis*, conseillaient la non intervention dans les cataractes diabétiques. La cécité qui plonge les malades dans la tristesse, l'impossibilité de tirer une contre-indication du peu de durée probable de leur vie, font de BOUISSON un interventionniste.

Il reconnaît toutefois la nécessité de s'abstenir dans certains cas. Il préconise l'abaissement pour la cataracte demi-molle, la discision pour la cataracte molle. En cela, il diffère de la plupart des ophtalmologistes de cette époque, qui préféraient l'extraction linéaire (STÖBER) combinée ou non à l'iridectomie (DE GRÆFE).

Il appuie ses assertions sur son observation personnelle et sur les cas de cataractes séniles opérées antérieurement.

Pendant 20 ans, l'abaissement ne lui donna que des succès (500 opérations lui fournirent 8 guérisons durables sur 10 cas opérés). Son collègue SERRE agissait de même avec une égale réussite.

De nos jours, un pareil travail serait inutile. Mais à l'époque de son apparition il avait sa raison d'être. L'origine glycosurique d'une cataracte particulière n'était pas établie sur des bases solides; certains auteurs allaient même jusqu'à en nier l'existence. BOUISSON eut, à ce point de vue, le mérite de se ranger du côté de la vérité. En faisant la part la plus large aux causes générales et la plus petite à la glycosurie, il a entrevu la pathogénie de cette affection et il en a laissé un tableau symptomatologique auquel on a peu retouché depuis.

Faut-il lui reprocher d'avoir préféré l'abaissement, dont

il tirait avantage, à l'extraction, qui pendant l'ère pré-antiseptique, était régulièrement suivie, chez les diabétiques d'inflammations et de suppurations, selon l'aveu de LECORCHÉ¹ lui-même, partisan résolu de cette méthode opératoire. BOUSSON opérait avec raison les cataractes molles par discision. De nos jours, malgré l'opinion de PANAS, cette intervention est parfois préférée jusqu'à 20 ou 25 ans, alors que le gonflement cristallinien n'entraîne pas les irritations ou glaucomateuses qui seraient à redouter dans un âge plus avancé?

On ne peut donc reprocher à l'auteur d'avoir, avec bien d'autres d'ailleurs, employé l'abaissement ou la discision. L'intérêt seul de ses malades le poussait à agir ainsi, et les succès opératoires qu'il obtenait lui sont la meilleure des excuses.

Histoire d'un aliéné aveugle qui, après avoir subi l'opération de la cataracte, a recouvré à la fois la vue et la raison.

1860, in *Académie de Médecine*, 2 octobre. *Montpellier Médical*
Œuvres complètes, t. I, p. 151-166.

C'est l'histoire d'un aliéné ajoutant à sa démence une cataracte lenticulaire complète aux deux yeux, avec un iris libre et sans adhérences.

La démence de ce malade était indiscutable ; il ne pouvait répondre aux questions posées, si ce n'est par des mots sans suite et inintelligibles. Il n'avait point d'excrétions involontaires, mais on était obligé de le soumettre à des soins particuliers de propreté.

¹ LECORCHÉ ; De la cataracte diabétique. *Archives générales de médecine* 1865. T. I.

Les deux yeux furent opérés dans la même séance, par la méthode d'abaissement, après chloroformisation. Une chemise de force lui fut appliquée pour le condamner à une immobilité relative et l'empêcher de porter ses mains à ses yeux. Dix jours après l'opération, résultat parfait des deux côtés, et lorsque, les rideaux du lit écartés et le pansement enlevé, le malade perçut la lumière, un sourire joyeux éclaira son visage et il s'écria : « J'y vois ! ». C'était le premier mot raisonnable qu'il eût encore prononcé depuis son entrée à l'hôpital.

A la suite, chaque jour marqua un progrès dans le retour de l'intelligence. Un mois et demi après, l'opéré regagnait son domicile en état de pourvoir à son existence.

Faut-il voir avec Bouisson une relation de cause à effet entre l'opération de la cataracte et le retour à la raison ? L'analyse et la discussion de cette hypothèse ne rentrent pas dans le cadre de notre travail. Il nous est seulement permis de constater que Bouisson agit sagement en chloroformisant le malade et en lui faisant endosser dans la suite la camisole de force. De nos jours, la cocaïne nous dispenserait peut-être de l'anesthésie générale, mais les moyens coercitifs ne seraient certainement pas inutiles. Enfin, le malade fut opéré par le procédé de choix, car aujourd'hui l'aliénation mentale est, avec quelques cas restreints et bien définis, une des rares indications de la méthode d'abaissement.

Thérapeutique des maladies du cristallin

CATARACTES CONGÉNITALES. — BOUISSON, dans ce cas, n'était pas partisan d'une intervention. A l'appui de sa façon d'agir, il rapporte l'observation de trois frères affectés de

cataracte bursale chez lesquels la guérison spontanée aurait eu lieu.

Le premier malade, aveugle jusqu'à 12 ans, y voyait à 15. Le second recouvra la vue à 12 ans. Le troisième ne fut pas observé assez longtemps, mais l'auteur pense qu'il dut, comme ses deux frères, bénéficier du même processus de résorption ¹.

Si l'opération s'imposait, il pratiquait, avec anesthésie chez les enfants, le broiement, comptant sur la disparition future des débris, ou l'abaissement.

CATARACTE SÉNILE — A l'inverse de DUPUYTREN, opérant les malades dans leur lit, BOUISSON pratiquait l'intervention à la salle d'opération. Le transport post-opératoire des malades n'occasionna jamais d'accidents ².

Les patients n'étaient en principe jamais endormis ³.

Après l'opération, on leur donnait une potion calmante, et un peu plus tard, on les saignait pour prévenir le mouvement fluxionnaire qui aurait pu se faire vers les parties supérieures ⁴. Le malade était placé dans l'obscurité, mis pendant deux jours à la diète liquide (bouillon) et devait garder le silence. Il restait couché huit jours et ne sortait jamais avant le quinzième.

MÉTHODES OPÉRATOIRES. -- Dans les débuts de sa pratique hospitalière. BOUISSON opérait par extraction selon la méthode

¹ BLANCARD ; De la cataracte congénitale et de son traitement. Th. de Montpellier, 1868, n° 35.

² BASTARD ; Considérations pratiques sur la cataracte, Th. de Montpellier, 1850, n° 25.

³ DOUSSON ; Cons. sur les différents modes de traitement applicables à la cataracte. Th. de Montpellier, 1849, n° 21.

⁴ THÉRON ; De l'opération de la cataracte et des accidents qui peuvent la compliquer, Th. de Montpellier, 1864, n° 13.

de DAVIEL, modifiée par WENZEL et RICHTER ¹, de la façon suivante :

Instruments : Kératotome ou couteau de Richter, curette de Daviel, petites pinces, fins ciseaux, aiguille de Dupuytren.

Opération : *Premier temps*. — Incision de la cornée dans toute sa demi-circonférence supérieure.

Deuxième temps. — On laisse quelques secondes le malade « se remettre de son émotion ». Puis dissection de la cristalloïde avec aiguille de Dupuytren.

Troisième temps. — Issue du cristallin, favorisée dans certains cas par une pression douce sur le globe. S'il reste engagé, on l'extraît avec la curette de Daviel ².

Quelques années plus tard, BOUSSON opérait, par broiement, les cataractes molles, et les cataractes dures par abaissement avec scléroticonyx ou kératonyxis dans le cas d'étroitesse de la fente palpébrale. Il considérait alors l'extraction comme méthode d'exception et ne la pratiquait que « pour en démontrer aux élèves le manuel opératoire ³ ».

PANSEMENT. — Quel que fût le procédé ou la méthode employée, le pansement était constitué par une compresse de la grandeur d'une pièce de cinq francs, imbibée d'eau fraîche et faite d'un léger gâteau de charpie. Une ou deux bandes étroites de diachylon ou de taffetas d'Angleterre en assuraient la fixité. L'ensemble était recouvert par une étoffe légère verte ou noire, fixée au bonnet ⁴.

¹ CHAMBON ; Parallèle de l'abaissement et de l'extraction. Th. de Montpellier, 1848, n° 64.

² KJEWski ; De la cataracte au point de vue pratique. Th. de Montpellier, 1853, n° 87.

³ JUAN LUGO Y EDUARDO ; De la Cataracte au point de vue de l'observation clinique. Th. de Montpellier, 1857, n° 68.

⁴ KJEWski ; *loc. cit.*

TRAITEMENT MÉDICAL DE LA CATARACTE. — Il consistait alors en antiphlogistiques locaux et généraux, révulsifs, dérivatifs, mercuriaux, vésicatoires et cautérisations sur le sinciput. Bouisson ne paraît pas l'avoir jamais employé.

Cependant il a vu un malade guérir spontanément de sa cataracte après un traitement antisypilitique par l'hydrargyre.

IX. — HUMEUR AQUEUSE ET CORPS VITRÉ

Remarques sur l'insuffisance des humeurs de l'œil

1847, in *Annales d'oculistique*. — *Archives générales de médecine*.
Journal de la Société de médecine pratique — *Œuvres complètes*,
t. I, p. 53-100.

Cet important mémoire, publié en 1847, comprend deux parties :

- I. Insuffisance de l'humeur aqueuse.
- II. Insuffisance de l'humeur vitrée.

I. *Insuffisance de l'humeur aqueuse*. — BOUISSON énumère les diverses théories, les différentes recherches effectuées sur l'humeur aqueuse dont il expose le rôle physiologique. D'après lui, la quantité d'humeur aqueuse remplissant les chambres antérieures de l'œil varie de 0,25 à 0,30 centigrammes, chiffre inférieur à celui donné par CARRON DU VILLARS.

Les causes de son insuffisance sont des plus nombreuses; les plaies accidentelles ou opératoires, surtout la kératotomie inférieure, l'extraction de la cataracte, ainsi que l'ont constaté MACKENZIE, RALEIGH et MAUNOIR, sont capables de la produire. Il en est de même pour les plaies juxta-cornéennes de la sclérotique. Parfois la sécrétion de l'humeur aqueuse est entravée par la seule disposition du sujet,

lorsqu'elle est contraire à l'accomplissement régulier de cet acte réparateur. Cette disposition morbide peut être rendue évidente lorsque l'insuffisance se manifeste chez des sujets n'ayant éprouvé aucun accident ou aucune blessure de l'œil.

A l'appui de cette assertion l'auteur relate un cas d'insuffisance spontanée coïncidant avec le glaucome.

Cette disposition morbide se réveille sous les influences les plus variées; telles sont la diète, les privations, les drastiques, les purgatifs, le choléra asiatique, les frictions mercurielles, etc.

L'auteur rapporte trois observations montrant la possibilité pour l'humeur aqueuse de se rétablir naturellement ou de rester définitivement insuffisante, entraînant alors la perte ou l'affaiblissement définitif de la vision.

Les signes de cette affection les plus évidents sont : l'aplatissement de la cornée, plissement appelé flétrissure par MAUNOIR, rhytidosis par d'autres, l'opacité de sa périphérie, le changement de forme de la chambre antérieure qui diminue de volume, les oscillations de l'iris, l'atonie de l'œil, et la presbytie par raccourcissement du diamètre antéro-postérieur.

La *durée* est très variable depuis l'insuffisance passagère à la permanence de l'état morbide. Elle est en tous cas subordonnée à l'intensité de la cause.

Le *traitement* doit se déduire de la nature de la cause ; locale ou générale.

Il doit être stimulant pour ranimer l'action nerveuse et la circulation capillaire affaiblie dans l'œil ou ses dépendances. BOUISSON employait des collyres composés de sulfate de zinc, vin d'opium, eau de roses. A l'exemple de ROSAS, il préconise le sel ammoniac, l'alun associé à l'alcool et à l'eau distillée. Les fomentations toniques, sauge, camomille, les

fumigations spiritueuses de baume de FIORAVENTI, d'eau de Cologne, étaient considérées comme de précieux adjuvants. Les débris desséchés de thym, de romarin et de lavande, par l'arome excitant qui s'en dégage, étaient réputés capables de ranimer l'action de l'œil, et l'emploi des sachets aromatiques permettait d'en continuer longtemps l'usage.

Dans les cas graves, un vésicatoire à la tempe ou la galvanisation des tissus péri-orbitaires étaient des moyens bons à employer.

L'action de cette médication locale devait être secondée par les préparations ferrugineuses, le quinquina, le lait, la tisane de gentiane, etc.

Les moyens chirurgicaux, l'injection aqueuse dans l'œil, par exemple, ne lui ont donné aucun résultat.

II *Insuffisance de l'humeur vitrée.* — Cet état morbide fut surtout étudié après l'introduction, par SERRE, d'Alais, de la rétinoscopie phosphénienne dans le diagnostic des maladies oculaires. Elle donne, en effet, l'occasion de vérifier le degré de résistance de l'œil en même temps que les sensations lumineuses subjectives.

Plus grave et plus complexe que l'insuffisance de l'humeur aqueuse, elle se lie à d'autres maladies oculaires dont elle est, pour ainsi dire, un élément constituant.

Elle diffère de l'atrophie du globe en ce que la sclérotique ne se rétracte pas en même temps que l'humeur vitrée diminue.

L'œil devient simplement mou.

L'issue opératoire du vitré en est une des grandes *causes productrices*; mais elle peut aussi être spontanée ou consécutive au synchisis, au glaucome, à la choréïdite chronique, aux congestions de la rétine, etc.

L'humeur aqueuse, d'après des recherches personnelles confirmant celles de HUSCKE, pèse de 3 gr. à 3 gr. 50.

Ses variations naturelles peu prononcées peuvent devenir considérables dans certains cas pathologiques, et aller de l'hydrophtalmie jusqu'à l'atrophie.

L'insuffisance est un état intermédiaire et moyen, simplement le défaut de rapport entre la capacité de l'œil et son état de réplétion. Avec elle, le plus souvent, coexiste le *synchisis simple* ou étincelant.

La *symptomatologie* ne diffère pas essentiellement de celle de l'insuffisance de l'humeur aqueuse. Comme cette dernière, l'humeur vitrée peut se reproduire spontanément, aboutir à l'amaurose et secondairement à l'atrophie.

Le *traitement* est aussi le même.

Dans ce travail sur l'insuffisance des humeurs de l'œil, l'auteur a groupé les états pathologiques les plus divers. Cette synthèse factice repose sur des données anatomiques et physiologiques inexactes, sur des faits très souvent mal interprétés et des théories que les recherches anatomo-cliniques de la période contemporaine ont fait entrer dans l'oubli.

Pour montrer combien nos conceptions sont aujourd'hui différentes, citons un exemple :

A l'époque de BOUISSON on expliquait, avec AMMON, la production et l'absorption de l'humeur aqueuse par les prétendues propriétés de la membrane de DEMOURS; on considérait la partie qui recouvre l'iris comme exhalante, et absorbante celle qui tapisse la face concave de la cornée. De nos jours, les recherches de NICATI semblent démontrer que ce liquide oculaire est sécrété par la couche cellulaire qui va de l'ora serrata aux procès ciliaires (glande de l'humeur aqueuse).

Etablies sur de pareilles bases, les théories sont nécessairement contraires à la réalité des faits, et ne peuvent les expliquer. Aussi ne reste-t-il plus rien de l'insuffisance des humeurs de l'œil systématisée par Bouisson.

Origine du synchisis étincelant

1847. in *Académie des Sciences de Montpellier*, 19 juillet. — *Gazette médicale de Montpellier*. — *Œuvres complètes*, t. I, p. 149-150

Bouisson établit dans ce travail que les paillettes mobiles et luisantes, observées dans le vitré des sujets affectés de synchisis étincelant, ne sont pas formées par des lambeaux d'hyaloïde reflétant la lumière, mais par des fragments cristallins flottant dans cette humeur, dont la membrane est détruite. Il se base sur des examens chimiques réalisés par le procédé suivant :

L'humeur vitrée de plusieurs yeux de bœuf fut exprimée à travers un linge et filtrée. Le résidu, obtenu après évaporation à feu doux, traité par l'éther, lui céda, par dissolution, un principe qui se déposa ensuite sous forme de matière grasse, blanchâtre et comme figée. Cette matière, dissoute dans l'alcool bouillant, s'y précipitait sous forme cristalline irrégulière.

Des essais du même genre effectués sur des yeux humains donnèrent les mêmes résultats. Il conclut que, puisque à l'état normal existe dans le vitré une matière grasse, cette matière peut s'isoler sous une influence pathologique, passer à l'état de dépôt, revêtir la forme et les caractères de la cholestérine et donner lieu aux phénomènes spéciaux du synchisis étincelant.

Avant lui, BERZÉLIUS avait signalé, dans le corps vitré du

chlorure de sodium, une matière soluble dans l'eau, de l'albumine, de l'eau et un peu de matière extractiforme.

C'est dans cette matière extractiforme, insuffisamment étudiée par BERZÉLIUS, qu'il reconnut la présence de la matière grasse, dont, par hypothèse logique, il fit de la cholestérine.

Le bien fondé de cette hypothèse fut vérifié peu après par les travaux de HERVIER, BACKER et de LEBERT.

Le nom de BOUISSON reste donc attaché à l'histoire du synchisis étincelant au même titre que celui de PONCET, qui plus tard y trouva de la tyrosine.

X. — AFFECTIONS AMAUROTQUES HÉMÉRALOPIE

Affections amaurotiques

La grande variété des remèdes employés à l'époque de Bourisson contre l'amaurose montre bien l'impuissance de chacun d'eux.

C'étaient les pilules de strychnine (0 003) et d'extrait de pulsatile (0,05), les fumigations au baume de Fioraventi, les lotions émollientes tièdes, les pilules d'Anderson.

Venaient ensuite les vésicatoires à la tempe, pansés avec une solution de strychnine pour réaliser l'absorption de ce remède par la méthode endermique, l'électricité, etc.

Le plus souvent, le malheureux patient restait dans le même état¹.

Cependant l'histoire de quelques cas heureux montre une amélioration apportée à l'état des malades. Une amaurose spécifique traitée par l'iodure de potassium s'améliora notablement². Chez un autre malade, y voyant à peine pour se conduire, douze sangsues à l'anus, de nombreuses pilules d'Anderson, un vésicatoire à la tempe entretenu et renouvelé

¹ LUZZI; Considérations sur l'amaurose. Th. de Montp., 1859, n° 64.

² *Idem.*

permirent, au bout de trois semaines, à la vue de se rétablir intégralement à l'œil gauche et partiellement à l'œil droit ¹.

Une femme atteinte d'une double amblyopie asthénique vit son affection rétrograder manifestement sous l'influence des ferrugineux, toniques vésicatoires rétro-auriculaires, et d'une alimentation abondante ².

Héméralopie

Le chirurgien de Montpellier observa en 1846 ³ de nombreux cas d'héméralopie, sous lesquels, nous dit-il, se manifestait le « génie intermittent », s'il faut en croire les bons effets de l'administration du sulfate de quinine.

¹ SIRDEY ; Essai-sur l'amaurose. Th. de Montpellier, 1854, n° 35.

² DELBOSC ; Etiologie de l'amaurose. Th. de Montp., 1857, n° 34.

³ BOUISSON Résumé des principaux faits observés à la clinique chirurgicale de Saint-Eloi. Journal de la Société de médecine pratique. 1846.

XI. — OPÉRATIONS

L'anesthésie dans les opérations qui se pratiquent sur les yeux et leurs dépendances

In *Traité de la Méthode anesthésique*, in-8°, Baillière, Paris, 1850.

Pendant les premiers effets de l'anesthésie à l'éther, les yeux s'injectent et la conjonctive bulbaire et palpébrale semble s'épaissir. Il faudra éviter avec soin ce moment pour l'exécution de l'opération.

La sensibilité oculaire s'éteint une des dernières. L'intervention est opportune quand l'œil est à la fois insensible et immobile.

L'anesthésie est inutile dans le ptérygion, la formation d'une pupille artificielle, le déplacement d'une cataracte, l'ouverture du sac lacrymal. Les inhalations éthérées sont dangereuses dans l'opération de la cataracte. En plus de l'excitation initiale, il se produit parfois à la fin une excitation dite de retour, qui se manifeste par des mouvements involontaires et désordonnés. Si la cataracte est abaissée, le cristallin peut remonter; si elle est extraite, l'humeur vitrée peut s'échapper par la plaie cornéenne.

Cependant, chez les enfants, on peut y avoir recours pour s'assurer leur docilité.

Dans l'excision du staphylome, les opérations sur les paupières, il n'y a aucun inconvénient à éthériser.

La méthode anesthésique doit être spécialement réservée aux grandes opérations de la chirurgie oculaire : extirpation du globe, ablation des tumeurs de l'orbite, myotomie ordinaire. L'auteur combat l'opinion de SICHEL, qui repousse l'anesthésie dans l'énucléation.

L'éthérisation a aussi été employée par MACKENZIE dans la photophobie de l'ophtalmie scrofuleuse. GUERSANT reconnaît ses avantages pour vaincre un blépharospasme opiniâtre, empêchant de cautériser une conjonctive phlegmasiée. Dans les ophtalmies aiguës des enfants, l'anesthésie, dilatant la pupille un certain temps, prévient l'oblitération de l'iris, si souvent rencontrée dans les phlegmasies internes de l'œil.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

L'œuvre ophtalmologique de Bouisson est considérable et touche à des points variés et intéressants de l'oculistique.

La partie originale de cette œuvre est constituée par les mémoires sur l'ophtalmie pseudo-membraneuse, l'ophtalmie par soufrage des vignes et l'origine du synchisis étincelant. L'ophtalmie pseudo-membraneuse, mieux étudiée, n'est plus aujourd'hui qu'un complexus symptomatique; l'ophtalmie par soufrage n'est plus mentionnée dans les traités classiques. Seule, l'hypothèse de Bouisson sur l'origine du synchisis étincelant est toujours vraie. Il n'en reste pas moins acquis que le nom de Bouisson doit rester attaché à l'histoire de ces affections.

Dans le mémoire sur l'insuffisance des humeurs de l'œil, il essaya, le premier, de grouper des états morbides divers et d'en faire une synthèse; mais ses idées n'ont pas été acceptées.

Bouisson n'a rien apporté de nouveau dans le traitement des maladies oculaires. On doit toutefois reconnaître que, soucieux de l'intérêt de ses malades, il se tenait au courant des méthodes opératoires et des médications nouvelles.

Il les adoptait toutes en principe et cessait de les employer s'il y trouvait des inconvénients. C'est ainsi que nous le voyons abandonner la méthode d'extraction et pratiquer, à la fin de sa carrière, l'abaissement d'une façon systématique.

La partie didactique de son œuvre est des plus restreintes.

Il semble bien que Bouisson ait délaissé l'enseignement de l'ophtalmologie. Il n'a point formé d'élèves. Il n'était pas, en effet, un spécialiste, mais avant tout un chirurgien, soucieux seulement des choses de pratique courante, et les élèves qui suivaient assidûment son service ont dû certainement en recueillir des fruits. Si Bouisson n'a pas formé d'oculistes, il n'en a pas moins fait d'excellents praticiens. Aussi son nom marque une époque non seulement brillante de l'histoire chirurgicale de notre Faculté de Médecine, mais encore une période honorable de l'ophtalmologie à Montpellier.

Vu et permis d'imprimer :	Vu et approuvé :
Montpellier, le 15 Juillet 1904.	Montpellier, le 15 Juillet 1904.
Le Recteur :	Le Doyen
A. BENOIST.	MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	5
<i>Liste chronologique des écrits ophtalmologiques de Bouisson.</i>	7
I. — Anatomie	9
<i>Examen anatomique des yeux d'un chat bicéphale..</i>	9
II. — Orbite	10
<i>Tumeurs de l'orbite</i>	10
III. — Paupières	11
<i>Deux observations d'autoplastie faciale</i>	11
IV. — Appareil lacrymal	12
<i>Des larmes</i>	12
<i>Thérapeutique des maladies des voies lacrymales</i> ...	14
<i>Tumeur lacrymale</i>	14
<i>Fistule lacrymale</i>	14
V. — Muscles	16
<i>Paralysie du moteur oculaire commun d'origine syphilitique</i>	16
<i>Thérapeutique des affections musculaires</i>	16
VI. — Globe	18
<i>Examen des yeux dans un cas d'hydrocéphalie</i>	18
VII. — Conjonctive	19
<i>Remarques sur l'ophtalmie pseudo-membraneuse</i> ...	19
<i>De l'ophtalmie produite par le soufrage des vignes</i> ..	25
<i>Thérapeutique des affections de la conjonctive</i>	29

Traitement par le chloroforme des ophtalmies en général	29
Ophtalmie blennorragique.....	29
Ophtalmie scrofuleuse.....	31
VIII. — Cristallin.....	32
<i>Mémoire sur la cataracte diabétique.....</i>	<i>32</i>
<i>Histoire d'un aliéné aveugle opéré de la cataracte ..</i>	<i>36</i>
<i>Thérapeutique des maladies du cristallin</i>	<i>37</i>
Cataractes congénitales.....	37
Cataracte sénile.....	38
Méthodes opératoires.....	39
Pansement	39
Traitement médical de la cataracte.....	40
IX. — Humeur aqueuse et corps vitré.....	41
<i>Remarques sur l'insuffisance des humeurs de l'œil ..</i>	<i>41</i>
<i>Origine du synchisis étincelant</i>	<i>45</i>
X. — Affections amaurotiques. Héméralopie.....	47
<i>Affections amaurotiques</i>	<i>47</i>
<i>Héméralopie.....</i>	<i>48</i>
XI. — L'Anesthésie dans les opérations oculaires	49
Résumé et Conclusions.....	51

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
